

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

LA PROTRUSION DU COL DANS LES RUPTURES DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

*présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier*

LE 12 JUILLET 1949

PAR

Jean BÉRENGER

né à TUNIS (Tunisie), le 10 Novembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse

MM. A. AIMES, Professeur, *Président*.

CADERAS DE KERLEAU, Professeur.

LAPEYRIE, Agrégé.

COURTY, Chargé de fonction d'Agrégé de Chirurgie.

Assesseurs.



TOULOUSE

Imprimerie FOURNIÉ

27, boulevard Riquet

1957

LA PROTRUSION DU COL
DANS
LES RUPTURES DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

LA PROTRUSION DU COL

DANS

LES RUPTURES DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

LE 12 JUILLET 1949

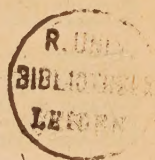
PAR

Jean BÉRENGER

né à TUNIS (Tunisie), le 10 Novembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse { MM. A. AIMES, Professeur, *Président*.
CADERAS DE KERLEAU, Professeur.
LAPEYRIE, Agrégé.
COURTY, Chargé de fonction d'Agrégé de Chirurgie. }



Assesseurs.



TOULOUSE
Imprimerie FOURNIÉ

27, boulevard Riquet

1957

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. DELMAS (J.)
Histologie	TURCHINI, assesseur
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et Toxicologie	CHRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et Médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	CARRERE
Histoire Naturelle médicale et Parasitologie	HARRANT
Pathologie et Thérapeutique générale	PAGES
Thérapeutique et Clinique des maladies infectieuses..	JANBON
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	BERT
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et Médecine sociale	VIDAL
Technique opératoire et Chirurgie expérimentale	ROUX
Pathologie et Clinique propédeutique chirurgicales	MOURGUES-MOLINES
Pathologie et Clinique propédeutique médicales	PUECH
Clinique médicale	GIRAUD, doyen
»	BOULET
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
»	LAPEYRE
Clinique obstétricale	CADERAS DE KERLEAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERES, doyen hon.
Clinique des maladies des enfants et Hyg. du 1 ^{er} âge..	CHAPTAL
Clinique de Dermato-Syphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	TRUC
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryng. et Chirurgie maxillo-faciale.	TERRACOL
Electro-Radiologie	LAMARQUE

Chargés de Cours (Prof. sans chaire)

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Propédeutique médicale	RIMBAUD (P.)

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS	VILLARD	JEANBREAU
GALAVIELLE	GRYNFELT	RIMBAUD (L.)
VIRE	RICHE	BOUDET

Chargés d'enseignements complémentaires

Chimie	MM. BENEZECH
Physiologie	LOUBATIERES, agrégé
Anatomie pathologique	CAZAL, agrégé
Pharmacologie	HARANT, professeur
Pharmacologie et Thérapeutique	SERRE, agrégé
Médecine expérimentale	PASSOUANT, agrégé
Pathologie médicale	BOUCOMONT, agrégé
»	SERRE, agrégé
Pathologie neurologique	LAFON
Pathologie respiratoire	BALMES
Neurochirurgie	GROS, agrégé
Clinique de Tuberculose	VIDAL, professeur
Clinique gastro-entérol.	BAUMEL, professeur
Pathologie chirurgicale	LAPEYRIE, agrégé
»	JOYEUX, agrégé
»	NEGRE, agrégé
Obstétrique	COLL DE CARRERA,
»	agrégé libre
Stomatologie	HOUPERT, agrégé

Agrégés en exercice

Physiologie	MM. LOUBATIERES
Chimie	BENEZECH
Microbiologie	RENOUX
Médecine	BOUCOMONT
»	SERRE
»	BALMES
»	CAZAL
»	PASSOUANT
Neuro-Psychiatrie	LAFON
Chirurgie	LAPEYRIE
»	JOYEUX
»	NEGRE
Odonto-Stomatologie	GROS
Neuro-Chirurgie	HOUPERT

A MA MERE

A MON PERE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES PARENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. AIMES

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Il nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé dans
l'élaboration de ce travail.

L'accueil bienveillant qu'il
nous a réservé demeurera tou-
jours dans notre souvenir.

Qu'il veuille bien trouver ici
la marque de notre respectueuse
reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET JUGE :

M. LE PROFESSEUR CADERAS DE KERLEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ LAPEYRIE

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTY

CHARGÉ DE FONCTION D'AGRÉGÉ DE CHIRURGIE
ET MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

En hommage de profonde gratitude.

A MON MAÎTRE ET AMI :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. TEMPLE

A MES AMIS :

LES DOCTEURS E. SOULIER ET F. TINCHANT

A TOUS MES AMIS

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

Les grossesses ectopiques forment un chapitre assez récent dans l'histoire de la pathologie gynéco-obstétricale. C'est en effet seulement depuis la fin du siècle dernier et le début de celui-ci que de nombreux travaux ont été faits à ce sujet; travaux qui sont venu éclairer ce domaine que le siècle précédent avait considéré comme un peu mystérieux jusqu'à la découverte de RÉGNIER DE GRAAF.

Après quelques tâtonnements, les publications se multiplient rapidement, les auteurs s'efforcent de résoudre les divers problèmes que la grossesse ectopique posait : étiologie et causes prédisposantes, mécanisme, accidents, etc...

L'intérêt que l'on porte à ces travaux est très grand; on commence à dissocier les grossesses ectopiques des autres syndromes abdominaux. On porte plus facilement le diagnostic de grossesse extra-utérine, et les travaux de LAWSON-TAIT permettent de sauver bon nombre de femmes d'une mort jusqu'alors presque certaine.

Sous l'influence de ce dernier auteur on pose comme règle, tant l'importance des grossesses ectopiques était grande, que tout signe d'hémorragie intra-péritonéale doit être à priori considérée comme signe de rupture de grossesse extra-utérine, toute autre cause d'épanchement sanguin intra-

péritonéal étant inférieure en fréquence à celle-là.

Actuellement, et de l'avis général, on est en droit de penser que cette sorte de grossesse est encore plus fréquente et cela grâce à une connaissance plus grande des symptômes d'une part, des recherches de laboratoire de l'autre.

Des statistiques ont été faites qui ont donné des chiffres très divers qu'il serait très intéressant de confronter et de discuter, ces chiffres variant énormément avec les auteurs.

Pour BRINDEAU par exemple, 0,3 % des grossesses sont des grossesses ectopiques; par contre pour Thiécelin, ses statistiques donnent 1,8 %, soit six fois plus, soit la proportion extraordinaire de UN cas de grossesse extra-utérine pour 56 cas de grossesses normales.

La question des grossesses ectopiques est donc d'importance et il nous a paru utile après un bref historique, un court rappel anatomo-physiologique des annexes intéressés et une simple énumération des divers signes dont nous disposons pour porter le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine, de parler d'un nouveau signe que notre Maître le Professeur A. AIMES a récemment décrit : *la protrusion du col*, et de noter, après les erreurs qu'il permet d'éviter, les diagnostics différentiels que l'on doit faire en ce qui le concerne.

HISTORIQUE

La première description qui semble avoir été faite de grossesse extra-utérine remonterait au xvi^e siècle environ.

En 1545, Mathias CORNAX en cite un cas et dès la seconde moitié du xvi^e siècle on commence à en signaler un certain nombre. Il est évident que seules sont décrites à ce moment-là les grossesses extra-utérine arrivant à terme ou celles qui, interrompues, voient le fœtus s'éliminer par diverses voies.

En 1594, PRIMEROSE fit une section abdominale pour extraire un enfant, ce qui fait remonter la première intervention de ce genre au xvi^e siècle également.

En 1664, BARTHOLIN en publie une observation dans son « *De insolitis partus humaniviis* ».

MAURICEAU, en 1675, et DIONIS, en 1683, donnent deux observations plus détaillées commençant à faire mention des premiers signes cliniques.

Mais en 1672, RÉGNIER DE GRAAF découvrant l'ovulation et la fécondation, on commence à soupçonner le mécanisme de la grossesse ectopique.

Le développement de l'œuf dans les trompes est appelé « mauvaise grossesse » par LEVRET, en 1766.

En 1791, puis en 1799, le Docteur BAYNHAM en Virginie opère deux cas de grossesse extra-utérine

pour extraire deux enfants vivants et ce, avec succès.

Jusqu'à ce moment-là, la grossesse ectopique avait été considérée comme une rareté, mais dès le début du XIX^e siècle, elle est définitivement admise.

En 1801, SCHMITT parle de possibilité de grossesse tubo-utérine.

En 1829, VELPEAU, BLUNDELL en 1830 soupçonnent la nature des accidents hémorragiques.

CAZEAUX, en 1840, décrit cinq variétés de grossesse ectopique : grossesse abdominale, tubo-abdominale, tubaire, tubo-utérine intestitielle et utéro-tubaire.

NÉLATON, en 1850, admet une origine ovarienne pour les hématoécèles.

HUGUIER en 1851, PROST en 1854 classent les hématoécèles en deux groupes : les intra-péritonéales et les extra-péritonéales.

En 1874, GALLARD, dans ses leçons cliniques à propos des maladies des ovaires, signale des hémato-salpingites avec fœtus.

En 1882, MARTIN donne la grossesse tubaire comme la cause la plus fréquente d'hématoécèle extra-péritonéale.

En 1883, LAWSON-TAIT opère une première fois avec échec une rupture de grossesse extra-utérine, puis, ayant fait une nouvelle tentative, met au point sa technique et opère systématiquement tous les cas.

En 1885, il démontre la fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le pensait jusqu'alors de la grossesse ectopique.

Depuis lors la symptomatologie s'enrichit de très nombreux signes et petit à petit on pose avec plus de certitude le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Avant l'énumération de ces signes, il nous semble utile de rappeler très brièvement l'anatomie des annexes, des trompes en particulier.

ANATOMIE DES TROMPES

De chaque côté de l'utérus, et de chacune des cornes droite et gauche, un minuscule orifice de 1 millimètre de diamètre, l'ostium utérinum, abouche les trompes de Fallope au corps utérin.

Les trompes sont deux longs conduits cylindriques qui, à partir de l'ostium utérinum, traversent la paroi du muscle utérin, sortent, se prolongent sur sa surface, et vont rejoindre chacune de leur côté, l'ovaire correspondant, se terminant auprès de lui par une partie évasée en forme d'entonnoir.

Aussi les trompes qui dépliées peuvent atteindre une longueur de 12 cms présentent à considérer plusieurs segments :

1° La portion qui chemine dans la paroi du muscle utérin est dite portion *interstitielle*, elle est longue d'environ 1 cm et a 3 mm de diamètre.

2° L'*isthme*, portion qui lui fait suite a une longueur de 3 cms environ, est rectiligne, à peu près horizontale à la surface de l'utérus, et rejoint l'ovaire.

3° A ce moment, la trompe voit son trajet dévier; long de 6 cms, le conduit se dilate et sa lumière atteint 7 mms; cette portion prend le nom d'*am-*

poule, la portion ampullaire, accolée à l'ovaire, monte presque verticalement le long de son bord.

4° Enfin le conduit s'évase largement dans sa quatrième portion pour donner le *pavillon* qui descend le long du bord postérieur de l'ovaire pour atteindre son pôle inférieur.

La muqueuse tapissant la lumière de la trompe est presque lisse dans la portion interstitielle, elle voit, dans l'isthme, s'ébaucher des plis muqueux qui gagnent en importance quand on remonte dans l'ampoule, qui deviennent, à ce moment-là, très longs, des replis muqueux viennent alors s'implanter sur les premiers, augmentant de façon très notable la surface de la muqueuse en même temps qu'ils font obstacle à la progression trop rapide de l'ovule dans un sens, du spermatozoïde dans l'autre.

RAPPORTS

Situées de chaque côté de l'utérus, les trompes de Fallope sont, avec les ovaires, logées en arrière du ligament large et presque recouvertes par son aileron supérieur.

Elles sont en rapport :

en arrière, avec les anses intestinales,

à gauche, avec le colon pelvien,

à droite, avec l'appendice;

quand la vessie est pleine elle est en rapport avec l'isthme.

Tous ces rapports nous expliquent en partie la symptomatologie de la rupture de la trompe.

Le mésosalpinx est un mince repli péritonéal qui recouvre en grande partie la trompe et qui retombe dans sa partie externe au devant de la face interne de l'ovaire.

Cependant le mésosalpinx n'est pas continu et la trompe au niveau du pavillon, le voit s'arrêter brusquement, ce qui la met directement en rapport avec la cavité péritonéale : de là va découler toute une partie de la symptomatologie de la rupture de la trompe, à manifestation péritonéale.

PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE ET DE SA RUPTURE

STRASSMAN disait que toute grossesse normale commence par une grossesse ectopique puisque l'ovule, fécondé dans le canal tubaire qu'il parcourt ensuite, vient se développer pour finir dans la cavité utérine, s'il ne s'est fixé prématurément.

Dans le mécanisme normal de la fécondation, le spermatozoïde franchissant l'ostium utérinum remonte dans la trompe à la rencontre de l'ovule.

La rencontre s'opère en général dans l'ampoule, puis l'œuf fécondé descend dans l'utérus et s'y fixe.

On comprend alors comment différents mécanismes pourront amener une perturbation dans le lieu de fécondation de l'ovule ou dans la migration de l'œuf fécondé; nous ne les verrons que très rapidement et à seule fin de ne pas laisser ce résumé incomplet.

On a signalé :

L'énergie exagérée du spermatozoïde qui remonte l'ampoule, passe par le pavillon dans la cavité abdominale, et va féconder l'ovule dans l'ovaire même.

L'énergie vitale exagérée de l'ovule qui, dès sa fécondation niderait sur place.

Des causes physiologiques et des malformations congénitales (coudures exagérées de la trompe, imperforation de l'ostium utérinum?)

Des obstacles mécaniques à la migration de l'ovule : adhérences et coudures par brides inflammatoires, fibrome utérin empêchant l'ovule de tomber dans la cavité utérine.

Des causes infectieuses au premier rang desquelles la gonococcie

Enfin, et pour mémoire, les manœuvres criminelles dans la genèse des grossesses extra-utérines par des processus inflammatoires provoqués au niveau des trompes.

(LABHARDT, PEUS, ROCHAT, TSCHERTOK.)

Quelles que soient les origines des grossesses extra-utérines, celles-ci revêtent diverses formes qui varient selon le point du trajet que l'œuf aura choisi pour se développer.

On distingue habituellement :

1° La grossesse *ovarienne*, lorsque le spermatozoïde a pénétré dans un follicule de Graaf.

2° La grossesse *abdominale*, lorsque l'œuf fécondé se fixe avant de pénétrer dans la trompe,

3° La grossesse *infundibulaire*, quand l'œuf est fixé dans la partie la plus externe de la trompe.

Deux variétés :

infundibo-abdominale,

infundibo-ovarienne.

4° la grossesse *ampullaire*, quand l'œuf se fixe dans la partie moyenne de la trompe :

variété intra-ligamentaire.

5° La grossesse *isthmique*, se développant dans la partie interne de la trompe.

6° La grossesse *interstitielle* qui se développe dans la partie de la trompe traversant la corne utérine et pouvant se terminer :

soit vers la trompe,

soit vers l'ovaire.

Rares sont les grossesses extra-utérines qui peuvent être menées à terme; elles se terminent en général soit par un avortement tubaire, soit par une rupture de la trompe qui n'a pas pu résister à la distension trop grande de l'œuf en croissance.

Le moment de cette rupture peut varier suivant :

l'âge de la grossesse,

le lieu d'implantation de l'œuf,

les causes de congestion pelvienne en dehors de la grossesse.

les traumatismes venus de l'extérieur : coït, toucher vaginal.

De toute façon, cette complication fréquente qu'est la rupture tubaire nous intéresse seule ici.

Parlant des grossesses ectopiques, DOLÉRIS nous dit qu'elles se terminent toutes ou presque par la rupture tubaire précoce.

Cette rupture s'accompagne toujours d'une hémorragie abdominale qui peut être :

- souvent minime : petite hématocele de Nélaton,
- parfois considérable : cataclysmique de Barnes.

Dans ce dernier cas, le tableau est extrêmement tragique et le diagnostic d'hémorragie interne est rapidement posé.

Mais le premier cas est plus fréquent et la rupture de la trompe passe souvent inaperçue, elle n'est parfois qu'une simple fissuration et l'hémorragie qui l'accompagne ne se produit que très lentement : là le tableau d'hémorragie interne est absent, les signes d'anémie peuvent être très légers au point de passer inaperçus eux aussi et la symptomatologie assez riche de la rupture de grossesse extra-utérine que nous allons exposer succinctement dans le chapitre suivant se trouve parfois en défaut.

LES DIVERS SIGNES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE ET DE LA RUPTURE TUBAIRE

Les différents signes de la grossesse extra-utérine et de la rupture de la grossesse extra-utérine ont été à plusieurs reprises décrits par divers auteurs; néanmoins il nous a semblé utile de les rassembler ici, tant la pauvreté des signes cliniques peut être grande dans certains cas, au point de laisser parfois un doute dans l'esprit du médecin.

Ces signes sont de trois sortes :

- 1° *Les signes radiologiques* que nous ne faisons que mentionner car il est toujours dangereux de pratiquer une hystérogaphie chez une femme enceinte et seule la réaction biologique négative ou très tardive peut poser cette indication (HAINEAUX).
- 2° *Les tests biologiques et les examens de laboratoire.*
- 3° *Les signes cliniques proprements dits.*

LES TESTS BIOLOGIQUES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

On peut signaler très brièvement :

- 1° *Les prolans* présents comme dans la grossesse normale, mais cette réaction est toujours tar-

dive. Les tests d'Ascheim-Zondek, Brouha-Hinglais et Friedman-Brouha.

- 2° *La numération globulaire* et la formule sanguine qui montrent une leucocytose, mais celle-ci n'a de valeur que si elle est accompagnée d'apyrexie.
- 3° *L'hyperbilirubinémie* : elle est classique dans la grossesse, mais elle est encore augmentée dans la grossesse extra-utérine.
- 4° *L'urobilinurie*, qui augmente dans la grossesse extra-utérine (ROCHAT).
- 5° *L'hématine* : nous ne citons que pour mémoire cette recherche faite dans le sérum par IWANOFF et qui, d'après WOLOWA, ne serait pas absolument spécifique.
- 6° *L'hémoglobine* : le taux de l'hémoglobine peut être une indication lors des grosses hémorragies, cependant les pertes de sang relativement faibles sont parfois très vite réparées par l'organisme.
- 7° *La sédimentation globulaire* : normalement accélérée dans la grossesse, elle est très rapide en fin de grossesse et extrêmement rapide dans la grossesse extra-utérine.
- 8° *L'interferométrie* suivant la méthode de Hirsch qui a donné des résultats extrêmement encourageants; peut-être arrivera-t-on à faire le séro-diagnostic de la grossesse extra-utérine de façon précise.

Enfin, un signe histologique : lorsqu'une caduque est expulsée, lors de l'avortement, l'examen histologique révèle qu'il y a plus de stroma que dans la grossesse intra-utérine et que d'autre part, les glandes sont moins tassées.

LES SIGNES CLINIQUES

A) Les signes communs à la grossesse normale et à la grossesse extra-utérine :

- Masque de grossesse.
- Début de grossesse.
- Début de ligne brune abdominale.
- Pigmentation systématisée au cou et aux jambes.
- Hypertrophie des seins et boursoufflement de de l'aréole.
- Tubercules de Montgomery saillants et réseau veineux superficiel,
- Troubles sympathiques des trois premiers mois, vertiges, nausées, vomissements.
- *Aménorrhée*.
- Le col est parfois ramolli, mais pas comme dans la grossesse « normale » (PINARD), « soit entr'ouvert, soit haut sous le pubis, soit gros ».
- L'utérus a une consistance particulière.
- L'expulsion d'une caduque, que ce soit un avortement tubaire ou un avortement banal.

B) Les signes de la grossesse extra-utérine :

- Une tumeur juxta-utérine reconnue au toucher vaginal.
- Les douleurs abdominales.

—L'existence dans les antécédents d'une grossesse extra-utérine.

C) Les signes de rupture de grossesse extra-utérine :

- 1° *Les métrorragies* : écoulements irréguliers, parfois continus de sang sépia.
- 2° *La douleur locale*, toute la gamme des douleurs depuis la douleur sourde jusqu'à la douleur en coup de poignard dans la région du bas-ventre.
- 3° *La douleur haute* (signe de Laffont) : siégeant à l'épaule droite surtout, à type rhumatoïde.
- 4° *Le faciès est pâle*, les muqueuses décolorées, le pouls accéléré, la tension artérielle est basse; tous signes traduisant une hémorragie.
- 5° *Etat lipothymique* : dû au choc causé par la présence de sang dans le péritoine plutôt que par l'hémorragie elle-même. Les sueurs froides. La soif d'air, accompagnant la soif caractéristique des hémorragies.
- 6° *Ballonnement de l'abdomen*, qui est proéminent, défense musculaire sans contracture de la paroi. Le signe de Nard est la constatation à jour frisant d'une voussure sus-pubienne que le repos et la glace ne font pas disparaître et qui différencie une hématocele d'une tumeur inflammatoire annexielle.
- 7° *Subictère des téguments* et des conjonctives (NORRIS et MERRIEL) pas toujours très net et propre à toute hémorragie.
- 8° *Le signe de Cullen* : teinte bleu-noir de la

région ombilicale chez les personnes très maigres, signe rare qui peut se voir aussi sur les cicatrices opératoires de hernie ou d'appendicite, lorsque la rupture de grossesse extra-utérine a lieu même longtemps après ces interventions.

- 9° *Le cri vésical d'Ody* : à la miction ou quand on sonde la patiente.
- 10° *Le signe de Herzfeld* : qui est le besoin de miction impérieux lors de la rupture.
- 11° *Le signe de Meylan et Mossadegh* : douleurs anales après la rupture; à ce signe on peut joindre les épreintes et les tenesmes, assez fréquents.
- 12° *La percussion douloureuse de l'abdomen* : ce signe est très en faveur en Allemagne.
- 13° *Le météorisme abdominal* : que l'on peut rencontrer dans les formes pseudo-occlusives.
- 14° *La matité à la percussion* dans les flancs lors des grandes hémorragies.
- 15° *La cyanose vulvaire* signalée par PICHEVIN et ROSS.

Enfin les signes révélés par le toucher vaginal :

- 16° Nous avons déjà signalé la tumeur para-utérine : elle semble fluctuante, pâteuse et sensible.
- 17° *Le signe de Solowij* : résistance spéciale due à l'épanchement : écartement des parois postérieure et antérieure qui semblent ainsi se dédoubler.
- 18° *Le signe de Douglas* : sensibilité exquise du

cul-de-sac postérieur « qui arrache un cri à la patiente et la tire parfois de la semi-inconscience où elle peut être plongée » (signe de Proust).

- 19° *Le signe de Banki* : douleur provoquée au refoulement du col de l'utérus en avant.
- 20° Il faut enfin faire une place particulière à la *ponction du Douglas* qui donne la preuve d'un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

La colpotomie postérieure pratiquée par SCHARMANN est à la limite de ce que l'on peut appeler « signe ». C'est déjà une intervention dont les indications sont très limitées.

Nous ne signalerons que pour mémoire le signe de Reeb qui procède de la situation de la tumeur par rapport au ligament rond, ce signe n'est vraiment utilisable qu'à l'intervention.

Cette longue énumération de signes montre la diversité des manifestations que peut revêtir la rupture de grossesse extra-utérine et on peut à tort en conclure que le diagnostic de rupture tubaire doive être porté infailliblement dans chaque cas.

Tout d'abord, la rupture de grossesse utérine ne revêt qu'une symptomatologie, ce qui élimine chaque fois une bonne partie des signes indiqués plus haut; d'autre part, dans chacune des formes présentées certains signes sont parfois absents; certains signes comme celui de Cullen par exemple sont extrêmement rares au point que quelques médecins ne les ont jamais rencontré; d'autres comme le signe de Solowij exigent une très grande

habitude du toucher vaginal et des spécialistes seuls peuvent le mettre aisément en évidence; enfin aucun de ces signes pris isolément ne permet d'affirmer une rupture de grossesse extra-utérine.

Un diagnostic de grossesse ectopique peut donc ne pas être porté d'emblée dans certains cas; c'est pourquoi il nous semble utile de rapporter ici un nouveau signe de rupture de grossesse extra-utérine que notre Maître le Professeur A. AIMES a récemment décrit dans un article paru dans le *Sud Médical*.

LA PROTRUSION DU COL

Ce signe est d'une très grande simplicité et d'une telle évidence quand on le rencontre, que de nombreux auteurs ayant, comme nous allons le montrer tout à l'heure, remarqué ce phénomène ou plutôt cette particularité au cours du toucher vaginal, l'avaient noté en passant et de manière toute fortuite dans leurs observations, n'ayant jamais pensé la rechercher systématiquement pour pouvoir l'élever à la valeur de signe.

Il s'agit tout simplement de la *protusion du col* dans le vagin : signe différent de la déviation que signalent les classiques : col refoulé en avant, contre la symphyse. Ici le col s'il peut être dévié comme nous le verrons plus loin, est surtout *abaissé*. Ce signe ne nécessite aucune description particulière et le fait de le mentionner suffit, nous citerons pour cela intégralement notre Maître :

« Lorsqu'on pratique le toucher vaginal on est frappé par l'abaissement souvent très marqué, à mi-vagin, du col; ce signe sera d'autant plus net que lors d'examen antérieurs on aura pu constater que le vagin avait sa longueur normale ou même qu'il paraissait plus long : l'utérus étant parfois remonté dans la grossesse extra-utérine par suite de l'érection tubaire, tandis qu'il est abaissé par l'épanchement lorsque la trompe saigne. »

Nous voyons déjà combien il est intéressant pour un médecin d'avoir pratiqué des touchers antérieurs; en effet la protrusion du col n'est jamais brutale mais progressive et deux touchers vaginaux pratiqués, l'un avant, l'autre après la rupture tubaire pourront faire apprécier un abaissement du col même léger.

Quelques observations assez anciennes remontant à la fin du siècle dernier et au début de celui-ci signalent l'abaissement du col dans les particularités notées au cours du toucher vaginal mais sans accorder plus de valeur à ce signe, nous en avons relevé quelques-unes à titre d'exemple.

I. — OBSERVATION IN-THÈSE DE CAMELOT

Bl. Marie, âgée de 27 ans, entrée à l'Hôpital de la Charité dans le service de M. le Professeur DURET pour des douleurs abdominales qui d'après ses dires ont commencé il y a quelques mois à peine.

Premières règles à 16 ans, toujours normales. A 20 ans, premier accouchement; bonnes suites. Pertes blanches persistant plusieurs mois et apparaissant à l'occasion des règles ou d'une fatigue même légère. Douleur côté droit.

A 22 ans, second enfant; la malade se place comme nourrice 20 mois; elle se plaint de douleurs, le point douloureux s'accroissant à chaque période menstruelle mais faiblit quand les travaux sont moins pénibles.

Le 17 février elle constate que ses règles se prolongent au-delà des limites habituelles pendant 8 jours, sang moins teinté que d'habitude.

Le mois suivant, douleurs dans le bas-ventre sans cause de fatigue initiale.

Le 10 mars, retour de règles particulièrement pénible, sang abondant, au milieu du troisième jour l'écoulement s'arrête et de violentes douleurs forcent la malade à s'aliter.

Ces douleurs remontent dans le flanc droit. Ventre ballonné, envie de vomir, anxiété respiratoire. On applique des cataplasmes laudamisés. Une semaine après régression des phénomènes, douleur sourde au bas-ventre, miction douloureuse.

L'appétit renaît. La malade, faible, ne peut se livrer à aucun travail.

La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite et aussi sur la ligne médiane et un peu sur la gauche. Tumeur dans la fosse illiaque droite se prolongeant dans l'hypogastre et à gauche le toucher permet de *constater que « le col est légèrement abaissé »* et porté en arrière et la matrice comme enclavée dans une masse rénitente qui déprime les culs de sac postérieur et latéral gauche, et antérieur et latéral droit.

Au palper, tumeur fixe ovoïde du volume d'une tête de fœtus. L'exploration douloureuse nécessite le chloroforme. Diagnostic d'ovario-salpingite.

Douleurs régressent, la malade sort de l'hôpital le 24 avril. Elle rentre le 16 mai, les mêmes signes persistant.

Intervention le 20 mai par M. DURET.

On trouve une tumeur rougeâtre vasculaire adhérente qui laisse échapper du sang cruorique : ablation de poche, lavage du péritoine, drains. Suture. Mort cinq jours après.

Grossesse tubaire avortée, hématosalpinx d'origine placentaire.

II. — OBSERVATION DE CHAPUT (Société d'Anatomie, octobre 1894)

M^{me} X..., couturière, 27 ans, entre le 21 juillet 1891 à la Salpêtrière, dans le service de M. TERILLON que je remplace. Mariée il y a 11 ans, elle a eu un seul enfant mort à l'âge de 4 mois, accouchement normal et sans accident consécutif. Fièvre typhoïde il y a un an.

Quatre mois après sa guérison, ses règles jusque-là normales furent abondantes et durèrent 5 semaines; elle séjourne alors 17 jours à l'hôpital. Les pertes arrêtées, elle refuse l'opération, rentre chez elle. Il y a deux mois et demi,

a eu une hémorragie qui ne s'est pas arrêtée. Les douleurs, vives d'abord, se sont calmées ensuite.

A l'entrée, pas de douleur, état général assez satisfaisant. « *Au toucher, le col est abaissé* » et porté à droite et en avant, corps volumineux et antefléchi et porté à gauche; au-dessus et à gauche de l'utérus, une masse volumineuse, irrégulière, non fluctuante, douloureuse à la pression, elle remonte à 4-5 travers de doigts au-dessus du pubis, les mouvements que l'on imprime à cette masse se transmettent mal à l'utérus.

Diagnostic de salpingite purulente.

Le 11 juillet 1891, M. CHAPUT exécute une laparotomie médiane. Grosse tumeur kystique adhérente au bassin, rectum, utérus, l'énucléation est impossible, on procède à l'opération de Péan.

Débridement de la vulve à gauche, incision circulaire du col, pincement préventif des ligaments larges et morcellement, deux pinces larges sont placées de chaque côté sur le ligament large. Au cours de l'opération, on trouve à gauche une énorme poche à parois épaisses, remplie de caillots. Une seconde poche identique est superposée à la première, un grand diverticule se prolonge en arrière et à droite.

Lavage au sublimé. Tamponnement iodoformé. Suture de la vulve.

La malade sort guérie au bout de trois semaines.

L'examen de la pièce montre une grosse tumeur tubaire ayant donné un hématosalpinx énorme.

Dans les deux observations que nous venons de reproduire, les interventions assez tardives ont montré chaque fois des épanchements enkystés; le toucher révélant l'abaissement du col a été pratiqué chaque fois assez longtemps après le début probable de l'hémorragie, toujours est-il que la trompe a saigné et cela seul nous intéresse ici.

Dans une nouvelle observation que nous allons

voir plus loin nous aurons affaire à un cas plus précis encore.

Entre temps, AGUINET en 1903 dans sa thèse sur « L'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques » ne parle presque pas du col dans la partie clinique de ses observations; il signale seulement dans son chapitre sur les symptômes de l'inondation péritonéale qu'on peut trouver au toucher un col « augmenté de volume » ramolli et entr'ouvert, l'utérus est alors dévié ou hypertrophié.

Le col augmenté de volume traduit en réalité un œdème du col que l'on rencontre parfois dans la rupture de grossesse extra-utérine.

Il est évident qu'en cas d'œdème du col, la protrusion sera plus difficile à noter, même pour un examinateur averti; en effet l'œdème masquera l'abaissement et il est difficile lorsque le col infiltré a partiellement envahi la cavité vaginale de décider s'il s'agit d'un œdème simple ou bien d'un œdème avec protrusion.

Nous voyons déjà ici un premier cas où la protrusion du col est masquée au profit d'un autre signe, il y en a d'autres que nous verrons tout à l'heure; mais cette raison nous a fait éliminer toute observation où l'on rencontrait une hypertrophie du col.

L'observation qui va suivre nous donne au contraire un cas typique de protrusion dans une rupture tubaire assez récente et qui a été notée en 1930 dans la thèse de BOIREAU d'Alger.

III. — OBSERVATION IN-THÈSE DE BOIREAU
(Clinique obstétricale n° 298 S; IV)

M^{me} R... Aimée, 26 ans, entre à l'hôpital le 9 mars 1930 pour douleurs abdominales depuis le 2 mars, s'étant accompagnées dans la journée du 4 de perte de connaissance.

Au toucher, *le col est abaissé*, douloureux à la mobilisation. L'utérus est en avant de dimensions au-dessus de la moyenne. Le cul de sac de Douglas est très douloureux, étalé vers la gauche. Il existe une douleur haute, épigastrique, et un endolorissement de l'épaule droite.

Laparotomie sous anesthésie rachidienne; incision allant du pubis à deux centimètres environ au-dessus de l'ombilic. Le ventre est encombré de caillots, et de sang liquide dont on peut évaluer la masse à 800 grs environ. La trompe gauche est déchirée dans son segment ampullaire; l'ovaire de même côté présente des suffusions hémorragiques. Les annexes du côté opposé sont absolument saines; on pratique du côté gauche une salpingo-ovariectomie. Après avoir débarrassé l'abdomen des caillots, on ferme la paroi en trois plans.

Une autre observation de rupture de grossesse extra-utérine est à noter encore.

IV. — OBSERVATION XXVIII DE R. CAZALIS

Henriette R..., âgée de 30 ans, entre le 26 avril 1914.

Une thyphoïde à 8 ans.

Réglée à 15 ans régulièrement, sans douleurs, pas de fausses couches, 3 enfants vivants.

Le 20 mars, sans aucun retard, perte de sang rosé, puis règles normales mais se continuant par pertes.

La femme prend des injections. A la suite de l'une d'elles, les pertes recommencent accompagnées de douleurs. Une syncope survient qui dure 20 minutes.

Deux jours après, nouvelle faiblesse avec douleur violente. Lavement laudamisé.

Deux jours plus tard, nouvelle crise de douleur, la femme étant couchée.

A l'examen : ventre ballonné douloureux, surtout à droite au niveau des annexes. Défense musculaire vive. Matité se déplaçant. Au toucher : col, logé dans la concavité coccygienne *très long*, fendu transversalement, déjeté à gauche et douloureux. Cul de sac latéral droit large, occupé par une masse douloureuse plus grosse que le poing, séparée de l'utérus, lisse et rude.

Opération (résumé).

Sang dans le péritoine, la trompe droite est rompue.

Hystérectomie subtotale. Drainage et suture.

Dans cette observation, l'auteur parle d'un *col très long*. Là encore il peut y avoir confusion ; il est en effet possible qu'il s'agisse d'une protrusion du col mais pour un auteur non averti et ignorant le signe de la protrusion, il est normal de penser, lorsque le doigt pratiquant le toucher rencontre le col très bas dans le vagin, qu'il se trouve en présence d'un col très long, ce fait pouvant laisser croire à une particularité anatomique ou à un état d'importance secondaire.

Cependant nous voyons à partir de cette période une certaine évolution dans les observations publiées ; la symptomatologie s'enrichit petit à petit et si on publie des observations plus précises, elles deviennent aussi plus concises : il semble que les auteurs, s'ils continuent à noter les signes classiques qui sont peu à peu décrits, suppriment systématiquement tout ce qui peut « paraître superflu » de manière à rendre plus nettes leurs observations.

Nous arrivons ainsi à une époque plus récente.

Dans sa thèse faite à Lausanne en 1940 et portant sur 117 cas de grossesse extra-utérine observés à la maternité de cette ville, Richard BURROWS nous dit dans ses conclusions concernant le toucher vaginal chez ces patientes :

« Nous ne notons que très rarement une cyanose vulvaire; le vagin a toujours été trouvé normal; la portion (col), le plus souvent déviée de côté, abaissée, ou rejetée en arrière, a été trouvée ramollie. »

Or BURROWS fait allusion indistinctement aux grossesses rompues et non rompues puisque ces observations concernent la grossesse extra-utérine en général.

Il nous apparaît clairement que les cas où le col est abaissé font partie du groupe des grossesses ectopiques rompues; ces cas sont assez nombreux pour que dans ses conclusions générales concernant les particularités du col, BURROWS mentionne celle qui nous intéresse ici.

Malheureusement sa thèse ne donnant aucune observation in extenso et les quelques-unes publiées étant extrêmement concises, il nous est impossible de connaître les statistiques qui auraient pu en être tirées.

Actuellement nul ne peut plus ignorer ce signe; comme il n'est besoin d'aucune technique particulière pour le mettre en évidence, on le note au passage d'où son grand intérêt.

Nous allons à titre d'exemple le relever dans deux observations prises dans le service de notre Maître.

V. — OBSERVATION N° 4036 DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

(Professeur A. AIMES)

M^{me} C. P..., âgée de 33 ans, entre le 6 avril dans le service pour douleurs pelviennes.

Antécédents généraux : une dilatation d'estomac.

Antécédents génitaux : réglée à 14 ans, règles régulières, peu abondantes, non douloureuses.

Un enfants de 14 ans vivant, un avortement provoqué.

Le 10 mars, la malade ayant remarqué un retard de règles de quelques jours, fait des manœuvres abortives (sonde bouillie et eau savonneuse).

A la suite de ces manœuvres, hémorragies pendant trois jours et expulsion de ce que la malade prétend être un fœtus ; puis activités normales.

Le 7 avril, en entrant chez elle, elle trouve ses animaux domestiques intoxiqués par le gaz d'éclairage.

Apparition de douleurs brutales dans le bas-ventre avec irradiations lombaires, frissons, vomissements. Elle est hospitalisée en Médecine générale pour intoxication par le CO, non confirmée.

Examen clinique. — Faciès pâle, léger subictère conjonctival.

Pls 64 ; T.A. 11/7 ; T° 37°6.

Nausées constantes, langue saburrale.

Abdomen douloureux dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre, respire mal, contracture, défense nette.

Toucher vaginal, col irrégulier, fermé, en antéverson.

Corps utérin fixé, augmenté de volume, plaqué contre la symphise. Toucher très douloureux. Culs de sac rigides et très douloureux. Douglas vaste, très sensible. Le doigt ramène des « peaux ».

Spéculum : col gros, érosion péri-orificielle.

Le 16 avril 1947, nouvel examen.

Toucher vaginal : *protrusion du col*, cul de sac droit très profond. Dans le cul de sac gauche, perception d'une masse du volume d'un poing, assez molle, très douloureuse, pouvant faire penser à un phlegmon du ligament large.

Douglas douloureux épaissi sur la face utérine (petite masse collée). Ponction du Douglas et du cul de sac gauche ramène un peu de sang noirâtre. On pense alors à une grossesse extra-utérine et l'opération est fixée au lendemain.

Glace. Repos. Pénicilline.

Examens de laboratoire : B.V. négatif.

— Hémogramme :

G.R. 3.760.000

G.B. 19.600

— Bilirubine : 0,75 pour 100 cms.

Le 17 avril 1947, annexectomie gauche par le Docteur ESTOR et le Docteur SALVAING. Sous rachi-anesthésie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on découvre de nombreux caillots noirâtres qui emplissent le petit bassin.

On dégage l'utérus au milieu des anses intestinales.

Annexes droites normales : trompe gauche très dilatée, entourée de caillots adhérents, et fissurée sur sa face postérieure.

L'ovaire gauche est kystique; après nettoyage des caillots on pratique l'annexectomie gauche classique.

Le fœtus n'est pas retrouvé.

Sulfamides dans le Douglas.

Fermeture en trois plans, crins sur la peau. Durant l'intervention sérum intra-veineux.

Sort guérie le 1^{er} mai.

VI. — OBSERVATION PERSONNELLE RÉSUMÉE DU PROFESSEUR A. AIMES

M^{me} B... Josette, âgée de 20 ans, est examinée d'urgence le 28 avril 1941; elle a eu ses dernières règles le 29 mars, elles ont duré huit jours et contenaient des fausses membranes.

Depuis le 15 avril, elle a présenté de nouvelles pertes accompagnées de fortes douleurs.

Elle est transportée à la clinique le 28 avril, pâle, anxieuse, elle souffre vivement du bas-ventre surtout du côté gauche

Elle a dès son arrivée, deux pertes de connaissance. Le pouls est rapide, petit, tension 10/7.

La palpation de l'abdomen est douloureuse.

Au toucher, le col œdématié est « *très abaissé* » à mi-vagin, le médecin traitant avait été surpris de constater « un vagin court », l'utérus est sensiblement augmenté de volume. On perçoit un empâtement élevé dans le Douglas, cul de sac gauche, le toucher réveille une vive douleur.

Sous sérum artificiel et anesthésie générale, la malade est opérée immédiatement. On trouve une grossesse tubaire gauche rompue, le Douglas est rempli de caillots, l'ovaire gauche est kystique, l'ovaire droit est gros. Annexectomie gauche.

Suites normales, réunion par primum.

L'année suivante, la malade a mené à terme une grossesse normale.

Nous avons noté au passage dans cette observation comment le médecin avait négligé ce signe pensant à un « vagin très court », erreur dont nous avons signalé un équivalent dans l'observation n° III (col très long).

LA PROTRUSION DU COL DANS LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Malgré l'abondance de signes mentionnés dans la première partie de ce travail, il est quelquefois délicat de poser le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Celle-ci peut parfois revêtir une symptomatologie particulière qui peut prêter à confusion avec une autre affection. Quand il n'y aura pas eu d'aménorrhée cette erreur sera plus difficile encore à éviter; il arrive en effet que la rupture tubaire ait lieu 15 jours à 3 semaines après la fécondation donc trop tôt pour que la malade ait pu remarquer une anomalie quelconque dans ses règles. Inversement, toute autre affection peut entraîner une aménorrhée donc aiguiller sur une affection de la sphère génitale.

Parmi les diagnostics qui peuvent se présenter au médecin, ce sont ceux de l'occlusion intestinale, de l'appendicite aiguë, de la salpingite aiguë et de l'avortement banal qui sont les plus délicats à différencier.

Un simple tableau des symptômes que revêtent ces diverses affections montrera les similitudes qu'elles peuvent présenter avec la rupture de grossesse extra-utérine.

I) Dans l'occlusion intestinale, le tableau classique est le suivant :

— Arrêt des matières et des gaz : signe premier

de l'occlusion et que l'on rencontre plus fréquemment chez les femmes, surtout chez les constipées.

- Le ballonnement du ventre et le tympanisme consécutif.
- Les vomissements et les nausées.
- Les douleurs violentes « coliques du miserere » de nos pères, douleur qui peut être syncopale.
- Les phénomènes généraux : pouls petit, fili-forme, apyrexie, dyspnée, parfois asphyxie.
- Pas de contracture des muscles abdominaux.

N'est-ce pas là le tableau entier que peut revêtir une grossesse extra-utérine rompue?

Arrêt des matières et des gaz par parésie intestinale réflexe due à la présence de sang dans le péritoine, chez une femme très souvent constipée.

Ballonnement du ventre et météorisme consécutif (les limites sont imprécises pour l'importance du ballonnement entre une occlusion récente et une fissuration tubaire datant de plusieurs jours).

L'apyrexie, les nausées, les vomissements, la douleur syncopale, l'absence de contracture de la paroi accusent l'identité des symptômes.

Peu de différence en dehors des signes révélés par le toucher vaginal : un léger péristaltisme dans l'occlusion qui n'existe pas dans la rupture de grossesse extra-utérine, puisque dans ce cas là il y a parésie intestinale.

Mais nous pouvons affirmer que dans l'occlusion il n'y aura « jamais de protrusion du col », celle-ci étant provoquée par un mécanisme que nous verrons plus loin; le seul signe de protrusion dans un

tableau de ce genre devra donc faire conclure au diagnostic de grossesse extra-utérine.

II) Le tableau de l'appendicite ne se rapproche pas moins de celui de rupture de grossesse ectopique. Surtout dans les cas d'appendicite pelvienne.

Les différents signes lorsqu'il n'y a pas eu d'antécédents appendiculaires et qu'on se trouve en présence d'un début d'appendicite aiguë sont les suivants :

— Douleur violente dans la fosse iliaque, droite, mais peu localisée au début.

A la palpation « il est rare qu'au début la palpation permette de percevoir les signes nets d'hyperesthésie de la paroi, de contraction spasmodique des muscles abdominaux » (ODDO).

Il y a des nausées, des vomissements.

Constipation en général, parfois diarrhée.

Pouls rapide, peu de température au début mais celle-ci monte rapidement dans les heures qui suivent.

Là encore nous avons un tableau qui se rapproche de celui de la rupture tubaire.

Douleur dans la fosse iliaque droite si le siège de la rupture est à droite, mais dans la rupture de grossesse la douleur peut aussi être croisée (BAUMANN).

Les vomissements, le pouls rapide, la constipation se retrouvent dans la rupture tubaire; de rares fois, il y a contracture de la paroi.

La température peut seule faire hésiter le diagnostic et encore dans certains cas de rupture

de grossesse ectopique peut s'accompagner d'élévation de température.

De nombreux auteurs se sont attachés à l'étude de ce diagnostic différentiel (FESQ, LEGAU, PELLET, GASBARRINI, SÉJOURNET, etc...). Ils sont arrivés à cette conclusion que jamais « on n'a publié de crise d'appendicite prise pour une grossesse ectopique », or le cas inverse s'est produit; aujourd'hui hors le cas de rupture de l'appendice, nous pouvons affirmer que la présence du signe de la protrusion du col signera le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Dans le cas de rupture de l'appendice avec épanchement intra-péritonéal nous ne pouvons plus affirmer la valeur de ce signe comme nous le verrons plus loin, mais l'intervention dans ce cas étant fatale, c'est à ce moment que se fera le diagnostic.

III) Prenons à présent le cas d'une salpingite aiguë.

Une femme dysménorrhéique se plaint de douleurs vives de la région pelvienne, ces douleurs sont exacerbées par la fatigue.

Elle présente de la cystalgie, du tenesme rectal. Au palper et au toucher on sent une masse dans la fosse iliaque droite. Cette masse qui peut être unilatérale, est para-utérine et très douloureuse à la pression et le cul de sac latéral est empâté.

Il y a en outre une hyperleucocytose et jusque-là, il est difficile de différencier la salpingite aiguë de la rupture de grossesse ectopique car les symptômes sont identiques, de plus la température que l'on peut rencontrer dans la rupture tubaire peut aug-

menter la difficulté; il est vrai que l'on peut encore grâce aux anamnétiques faire le diagnostic, mais parfois un doute peut persister.

Si la protrusion du col existe, on portera sans erreur le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine .

IV) Enfin le tableau clinique de l'avortement banal est celui d'une grossesse interrompue, exactement comme dans la rupture tubaire ou plutôt la fissuration tubaire.

L'arrêt des règles et les signes de grossesse.

Les douleurs de l'avortement et les pertes qui peuvent ne pas être toujours sépia.

L'expulsion de débris que la femme remarque.

L'anémie en cas de grosse hémorragie.

Evidemment ces mêmes signes se retrouvent dans la rupture de grossesse ectopique et l'expulsion d'une caduque peut si elle n'est pas constatée par le médecin, induire celui-ci en erreur.

Seul le toucher très soigneusement pratiqué pourra aiguiller vers une grossesse extra-utérine et si pour une raison quelconque le toucher est difficile, la protrusion du col signera le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

MECANISME DE LA PROTRUSION

Il faut cependant bien se garder de penser que ce signe existe dans tous les cas.

Il est nécessaire pour pouvoir le mettre en évidence que certaines conditions soient remplies; et cela il est facile de le comprendre par son mécanisme :

Lorsqu'à la suite d'une rupture tubaire une hémorragie se produit dans le péritoine, il se passe le phénomène suivant :

Le sang s'épanche dans le Douglas, le comble et le distend, puis passe dans la grande cavité.

L'épanchement commence donc par réaliser une pression dans le cul de sac, puis contre l'utérus; cette pression augmentant refoule petit à petit dans le vagin le col utérin, cela se traduira au toucher par la perception d'un col descendant très bas, autrement dit par la protrusion du col.

En réalité cela ne se passe pas toujours ainsi, en effet la pression n'est pas toujours également répartie sur la surface du cul de sac et du fond utérin; deux variantes peuvent se produire dans la protrusion :

1° La protrusion réalisée est répartie également, dans ce cas nous aurons la protrusion pure : c'est-à-dire abaissement du col : l'axe du col dans le vagin ne sera pas dévié, c'est le cas où la protrusion sera maxima, le cas est assez rare.

2° La pression réalisée n'est pas répartie également, elle prédominera en un point précis : dans ce cas, le col est dévié; il est dévié en général du même côté que la tumeur; il peut cependant l'être du côté opposé.

Selon l'importance de l'inégalité de cette pression, cette déviation pourra masquer partiellement la protrusion du col; on aura alors un col abaissé moyennement et dévié moyennement, c'est le cas le plus fréquent;

Dans le cas extrême, la déviation sera prédominante et masquera complètement la protrusion à son profit.

Mais ceux-ci ne seront pas les seuls cas où la protrusion du col ne paraîtra pas.

La protrusion du col est fonction directe de l'importance de l'hémorragie ou plutôt des conditions dans lesquelles elle se produit :

Nous savons que l'hémorragie se produit selon deux grand modes :

1° L'hémorragie cataclysmique de Barnes;

2° La petite hémorragie de Nélaton.

Dans le premier cas, la trompe gravide se rompt en péritoine libre, elle donne lieu à une hémorragie qui ne saurait s'arrêter d'elle-même, spontanément. Le sang commence par remplir rapidement le Douglas puis passe dans la grande cavité péritonéale, sa dispersion est totale et les caillots s'organisent un peu partout. La pression réalisée dans le Douglas est très petite, par contre le syndrome d'hémorragie interne est intense; lorsque l'hémorragie se produit avec cette violence, le choc, la syncope prédominent et la protrusion du col n'existe pas :

« il est délicat de reconnaître au toucher vaginal la présence de sang liquide qui ne donne qu'une vague impression de résistance molle, parfois moins liquide, plus neigeuse » (MONIOT).

Les symptômes concomittants ont signé le diagnostic.

Dans certains cas la protrusion du col existe tout de même : parfois les grandes hémorragies ne sont que secondaires, elles ont succédé « à de petites hémorragies répétées qui ont eu le temps d'accumuler du sang et des caillots dans le Douglas » (A. AIMES).

2° Mais c'est surtout dans le second cas que la protrusion du col se rencontre plus fréquemment, lorsqu'il s'agit de petites hémorragies répétées, hémorragie distillante de Pozzi, lorsqu'il y a plutôt une fissuration qu'une rupture de la trompe, quand l'épanchement s'accumule lentement au point déclive, c'est-à-dire dans le Douglas, et que les caillots s'y organisent.

C'est alors que ce signe « prend une grande valeur car justement ces cas ne s'accompagnent pas d'un tableau clinique net : les symptômes généraux sont peu bruyants et peu caractéristiques : crises douloureuses abdominales, douleurs iliaques ou lombaires, douleurs pelviennes peu précises, dysurie ».

C'est dans ce cas que la présence de sang dans le Douglas pourra être mise en évidence par ce signe.

Il est vraisemblable « que beaucoup d'hémorragies enkystées évoluent sans grand fracas, sans symptômes d'anémie aiguë, par poussées successi-

ves, ont pour origine un avortement tubaire dont on ne trouve plus traces lorsqu'on intervient » (LENORMANT et HARTMANN-KEPPEL).

Dans ces cas la protrusion du col aura mis sur la voie du diagnostic.

Il suffira alors d'en confirmer le bien-fondé en pratiquant une ponction du Douglas; il est prudent en effet de manœuvrer ainsi car la protrusion du col peut évidemment se rencontrer dans d'autres cas.

CAS OU L'ON PEUT RENCONTRER LA PROTRUSION DU COL EN DEHORS DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE ROMPUE

Toute cause pouvant exercer une pression sur le fond utérin et dans le cul de sac de Douglas pourra donner ce signe.

Tumeurs solides ou masses liquides collectées peuvent prêter à confusion, mais il ne sera pas trop malaisé de faire le diagnostic différentiel.

En effet en poursuivant le toucher, le doigt pourra percevoir la tumeur qui bombe dans le Douglas et qui est en partie à l'origine de la protrusion du col et plusieurs cas pourront se présenter :

a) La tumeur est solide, fibreuse ou même simplement de consistance très ferme. On peut écarter alors dans ce cas le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

b) La masse que le doigt rencontre est de consistance plus fluide, la sensation est assez imprécise et le doute pourrait dans ce cas subsister; on pratique alors la ponction du Douglas et suivant le cas, elle révélera la présence de sang dans le péritoine, par conséquent la rupture de grossesse ectopique dans le péritoine libre; dans le cas où la ponction ne ramène rien, on aura probablement affaire à une hématoécèle enkystée.

c) La consistance de la masse rencontrée sera

fluide et la perception sera bien celle d'un épanchement dans le péritoine; dans ce cas, toutes les hémorragies génitales ou non génitales collectées au point déclive pourraient donner ce signe.

Hémorragies génitales liées à l'ovulation ou dues à une lésion de l'appareil génital (kyste sanguin de l'ovaire, ulcération vasculaire de tumeur ovarienne, pachy salpingite hémorragique, etc...).

Hémorragies extra génitales (hémophilie, hémorragies péritonéales de Ford, rupture d'anévrisme d'artère splénique, rupture de rate paludéenne, pancréatite hémorragique, perforation gastrique, etc...).

Cependant, alors que dans ces cas le cri du Douglas existe puisque provoqué par tout épanchement collecté dans un cul de sac, la protrusion du col sera beaucoup moins fréquente : il faut en effet se souvenir qu'elle ne se produit que lorsque l'épanchement est lent et que les caillots sanguins ont le temps de s'organiser dans le cul de sac même, ce qui restreint de beaucoup les causes possibles pouvant le déclencher.

D'une part toutes les hémorragies hautes donc peu susceptibles de causer de grosses pressions dans le Douglas peuvent être éliminées, d'autre part les anamnestiques et les signes cliniques concomitants pourront faire écarter le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

d) Il est enfin un dernier cas où l'on pourra rencontrer la protrusion du col et c'est tout simplement dans le prolapsus; mais là le diagnostic ne pourra pas être hésitant car l'absence de tumeur para-utérine d'une part et l'examen parallèle des organes

génitaux montrant l'affaissement causé par la déficience musculo-ligamentaire, de l'autre, écarteront d'emblée le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Nous voyons donc qu'en dehors de la troisième alternative un peu délicate à préciser, le diagnostic différentiel est relativement aisé.

Le problème peut, ainsi que l'a fait notre Maître, être simplifié schématiquement :

« Lorsque la protrusion du col est mise en évidence chez une femme qui a eu un retard de règles suivi de petites pertes et qui présente des signes d'hémorragie minimes en même temps qu'un Douglas douloureux, il s'agit vraisemblablement d'une grossesse ectopique rompue. »

CONCLUSION

Le diagnostic de grossesse extra-utérine est très fréquemment porté de nos jours, de récentes statistiques l'ont prouvé. La majorité de ces grossesses se termine par une rupture tubaire. Le plus souvent la rupture tubaire est discrète passant inaperçue ou n'entraînant qu'une hémorragie minime au début (DOLÉRIS) mais qui se poursuit très fréquemment par une hémorragie plus grave.

Lorsque l'hémorragie est légère la symptomatologie de la rupture étant dans ce cas très limitée, la valeur de la protrusion du col nous apparaît comme très grande.

Facilement mise en évidence puisqu'elle ne nécessite aucune manœuvre particulière, elle prévient le médecin lorsque le diagnostic de grossesse extra-utérine a été porté, que la trompe vient de se rompre ou de se fissurer, qu'une hémorragie légère est en cours ou a eu lieu, qu'une menace de récurrence ou d'hémorragie grave se dessine et qu'il est temps d'intervenir.

Dans le cas où le diagnostic était encore incertain elle oriente le médecin, qui pratiquera alors la ponction du Douglas pour lever les derniers doutes.

Il semble de toute façon que la seule présence de ce signe doive poser l'indication opératoire même si le diagnostic est hésitant car la protrusion du col traduit très souvent un épanchement sanguin dans le péritoine et nous savons que « Dix laparotomies inutiles valent mieux qu'une mort par grossesse extra-utérine méconnue ».

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — L'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. *Thèse Paris*, 1903.
- AIGROT. — Note sur quatre cas de grossesses tubaires doubles et une grossesse tubaire intérative. *Société de Chirurgie de Lyon*, février 1924.
- AIMES (A.). — Un bon signe de rupture de grossesse extra-utérine : la protrusion du col. *Sud Médical*.
- ALEXANDER. — Hématocèle rétro-péritonéale dans le fibrome utérin. *Rev. de Chir. abdom. et Gyn.*, 1911.
- AUMONT. — Kyste hématique de l'ovaire avec inondation péritonéale. *Jour. de Chir.*, 1923, t. XXI.
- AUVRAY. — Un cas de grossesse extra-utérine rompue avec coexistence de grossesse utérine. *Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, 1923.
- BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. *Thèse Paris*, 1927.
- BARTHELEMY. — Grossesse ovarienne rompue. *Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn.*
- BAURAY (Paul-René). — Hémorragies intra-péritonéale chez la femme en dehors de la grossesse extra-utérine. *Thèse Bordeaux*, 1934.
- BAZALGETTE (Henri). — Les grossesses tubaires méconnues. *Thèse Paris*, 1905.
- BAGOUIN. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine et conduite à tenir. *Bulle. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*.
- BOIREAU. — Contribution à l'étude et au traitement de la grossesse extra-utérine. *Thèse Alger*, 1931.
- BONNAL (G.). — Grossesse extra-utérine rompue ou appendicite. *Jour. de Méd. de Bordeaux*.

- BONNEAU. — Ponte ovulaire hémorragique et hématome ovarien et juxta ovarien qui en résultent. *Revue Franç. de Gyn. et Obst.*, 1922.
- BONNET. — Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale et de l'appendicite aiguë. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925.
- BORRIONE. — Ruptures anormales de grossesse extra-utérine. *Thèse de Lyon*, 1938.
- BURROWS (Richard J.). — Etude de 117 cas de grossesse ectopique de la maternité de Lausanne. *Thèse de Lausanne*, 1940.
- CARAVEN. — Hématocèles pelviennes par sténose cicatricielle du col. *P. M.*, 1910.
- CHALIER MOLINAS. — Inondation péritonéale par rupture de varices périfibromateuses. *Bull. de Gyn. et de Obst. de Paris*.
- CHARRIER. — Hématocèle rétro utérine par rupture d'un hématome de l'ovaire. *Jour. Médic. de Bordeaux*, 1912.
- CHATON. — Etat particulier de collapsus dans un cas de grossesse ectopique rompue. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy*, 1921.
- CONDAMIN. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune. *Bull. de Soc. Gyn. et Obst.* 1933).
- CONSTANT (Georges). — De la grossesse angulaire. *Thèse Alger*, 1935.
- CONSTANTINI. — A propos de deux cas de rupture avec douleur haute. *Bull. de Soc. de Gyn. et Obst. d'Alger*, 1937.
- COUVELAIRE. — Etude anatomique sur les grossesses tubaires. *Thèse de Paris*, 1906.
- CROUSSE. — Hémorragie intra péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune. *Bruxelles*, 1924.
- DAVIES (D. H.) et STRANG (T. M.). — Primary ovarian pregnancy. *Brit. M.*, 31, March 22, 1930.

- EPARVIER. — Rupture de grossesse extra-utérine au cours d'un examen clinique avec inondation péritonéale immédiate. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Lyon*, 1929.
- DELAROCHE (S.). — Contribution à l'histoire ancienne de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Paris*, 1934.
- FESQ. — Grossesse extra-utérine et appendicite. *Thèse*, 1911.
- FOURNIER. — Cinq cas de grossesses extra-utérine. *Soc. de Gyn. et Obst. de Toulouse*, 1927.
- GAUTHERON (Renée). — Les formes occlusives de la grossesse extra-utérine. *Thèse Paris*, 1934.
- GAUTRET et JONCHÈRES. — Rupture de grossesse tubaire avec douleur tardive élevée. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux*.
- GRAF (F. L.). — Case of rupture ovarian pregnancy (*Brit. M. J. I.*, mai 17 1930).
- GUILLEMAIN. — Grossesse extra-utérine rompue par fissurations successives avec hématoçèle correspondante *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Nancy*, 1927.
- HAINAUX (Henry). — De la grossesse extra-utérine. Montpelier, 1945.
- HERMANN. — Sur les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. *Zentrallblatt für Chirurgie Leipzig*, 1927.
- KELLER. — Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine. *Bull. de Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, 1923.
- KÜHLMAN (Jacques). — Grossesse péritonéale secondaire. *Bull. de Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*.
- LAFFITTE (H.). — Un cas de rupture de grossesse ovarienne jeune. *Annales de l'Hospice de Niort*, 1^{er} sem. 1935.
- LAFFONT-HOUREL-COSTES. — Douleur tardive élevée de type croisé dans un cas de rupture tubaire.
- LAURENTIE. — Grossesse tubaire coexistence d'un hémato-salpinx avec hématoçèle. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse*.
- LAPOINTE. — Les formes cliniques de l'hémopéritoine par interruption de grossesse tubaire. *Sciences Médicales*, octobre 1924.

- LAWSON-TAIT. — *Traité de maladies de femmes.*
- LEGUEU. — Diagnostic entre grossesse extra-utérine et appendicite. *Société de Chirurgie*, 1902.
- LISSAR (J.). — Contribution à l'étude de l'avortement tubaire. *Thèse de Paris*, 1903.
- LOUAINTEUR. — De la coexistence de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine. *Thèse Paris*, 1923.
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen.
- MOULONGUET et DOLÉRIS. — Grossesse ovarienne, 1924.
- PATEL. — Inondation tubo-péritonéale par avortement tubo-péritonéal. *Soc. de Ch. de Lyon*, 1923.
- PÂTEL et ROLLET. — Hémorragies intra-péritonéales par rupture d'un petit kyste de l'ovaire. *Lyon Méd.* n° 1, 1925.
- PETERS. — Cancer de l'ovaire avec inondation péritonéale importante pour une grossesse extra-utérine chez une jeune femme. *Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, 1929.
- PIZZAGALLI. — Hémorragie ovarienne intra péritonéale. *Bollettino*, juillet 1935).
- POIRIER et CHAMPY. — *Traité d'anatomie humaine.*
- POULIOT. — Les hématocèles pelviennes d'origine ovarienne. *Journ. Méd. Franç.* n° 8, août 1925.
- RALLI. — Etude clinique de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Paris*, 1900.
- RICARD. — Hémorragies intrapéritonéales. *Journ. Méd. de Bordeaux*, nov. 1930.
- ROBERT SERGE. — Contribution à l'étude clinique de la grossesse extra-utérine. Sa forme pseudo-appendiculaire. *Thèse de Toulouse*, 1936.
- ROBIN (Michel). — A propos de deux cas de grossesses ovariennes jeunes rompues. *Thèse de Paris*, 1937.
- ROCHAT et DOUAY. — Sur le diagnostic de la grossesse tubaire et de la grossesse angulaire. *Gyn. et Obst. de Paris*, 1923.

- ROTH. — Hémorragies abondantes d'origine ovarienne. *Obst. et Gyn.*
- ROUCHY et MARINIÈRE. — A propos du diagnostic de grossesse extra-utérine (Cullen). *Gazette Méd. de France*, mars 1943.
- SANTY. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. *Lyon Chirurg.* n° 1, 1924.
- SCHIKELE. — A propos de diagnostic de la grossesse extra-utérine et intra-utérine. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, 1933.
- SÉJOURNET. — Appendicite et grossesse tubaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 3 juillet 1925.
- SICARD. — Les petits signes de la rupture de grossesse extra-utérine. *La Prat. Méd. Fr.*, octobre 1936.
- STOTZEL (Germaine). — Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Thèse Alger*, 1935.
- TSAI-HONG. — Rupture des grossesses tubaires dans le ligament large. *Thèse de Bordeaux*, 1924.
- VAUTRIN, VERMELIN, GUILLAUMIN. — Grossesse extra-utérine par obstacle sur la trompe - hématocèle anté utérine. *Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn. de Nancy*, 1927.
- VERGOZ et LUBERT. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. *Bull. mens. de la Soc. nat. de Chirurgie*, 1933.
- VIEBERG HIRAM. — Hémorragie péritonéale due à la rupture d'une grossesse ovarienne. *Americ. Journ. of obstetric and gynecology*, 1926.
- VIGNES (H.). — Diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine. *Presse Méd.* n° 74, 1933.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse
ayant pour titre : *La Protrusion du Col dans les*
ruptures de grossesse extra-utérine.

Je pense que la Faculté peut en permettre
l'impression.

Vu,
Montpellier, le 5 juillet 1949,

Le Professeur :

A. AIMES.

Vu,
Montpellier, le 5 juillet 1949,

Le Doyen :

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 juillet 1949,

Le Recteur :

P. GUILLON.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare
que les opinions émises dans les dissertations qui
lui sont présentées doivent être considérées comme
propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner
ni approbation ni improbation.

